COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

AYUDA ECONÓMICA - A SOLA FIRMA

Importe Solicitado
S/

Importe Aprobado
S/

Apellidos y Nombres (Socio)

INST. | CIP | DNI | Unidad / dependencia

Dirección Domiciliaria (completa)

Distrito | Provincia | Departamento

Teléfono | Correo electrónico

Nombre del banco | Nro. de Cuenta Bancaria | Nro. de Cuenta Interbancaria (CCI)

MONTO APROBADO S/	
CUOTA MENSUAL S/	
Nº DE CUOTAS	

Autorizo a la Cooperativa a efectuar los descuentos de mis haberes mensuales. En caso de incurrir en morosidad me comprometo a cancelar directamente en la Cooperativa o en su Cta. Cte. (Soles) N° 193-0769440-0-20 del Banco de Crédito para evitar se envíe el reporte de incumplimiento de pago a INFOCORP.

Para tramite virtual SI ☐ NO ☐

Quien remite la presente, doy fe que las imágenes, archivos en PDF y similares, anexos a la presente, son idénticos y concuerdan con su original de lo cual asumo su plena responsabilidad.

Firma del delegado / Socio coordinador

Firma del socio

Huella

Lugar y fecha

..... de ..... de 20.....

Indicaciones:

1. Adjuntar copia legible del DNI con su firma y huella.
2. Adjuntar copia de la última boleta de pago con firma y huella.
3. Enviar documentos al correo **credito@cooperativaiescoop.pe**

Importe Aprobado	S/
(-) Protección Solidaria Alaspe	S/
(-) Aportes	S/
(-) Prev. Social	S/
(-) Otros	S/
Neto a pagar	S/

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

Jr. Pachacútec Nº 2052, Jesús María, Lima | www.cooperativaiescoop.pe

Consentimiento de Autorización y Protección de Datos Personales

1. *En cumplimiento a la Ley N° 29733 Ley Protección de Datos Personales y el Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; la Cooperativa, le informa que los datos personales proporcionados quedan incorporados al banco de datos de socios, trabajadores o proveedores de la Cooperativa, que corresponda.*
2. *Quien suscribe proporciona a la Cooperativa su consentimiento libre, previo, expreso e informado para que sus Datos Personales sean tratados por ésta, es decir, que puedan ser recopilados, registrados, organizados, almacenados, conservados, elaborados, modificados, bloqueados, suprimidos, extraídos, consultados, utilizados, transferidos o procesados de cualquier otra forma prevista por ley. Esta autorización es indenida y se mantendrá inclusive después de terminadas las operaciones y/o los Contratos que el Socio Titular tenga o pueda tener con la Cooperativa.*
3. *La Cooperativa, utilizará dicha información para efectos de establecer una relación asociativa, laboral o de prestación de servicios, gestión de sus productos y/o servicios financieros y Complementarios solicitados y/o contratados; incluyendo evaluaciones financieras, procesamiento de datos, formalizaciones contractuales, cobro de deudas, gestión de operaciones financieras, la remisión (vía medio físico, electrónico o telefónico) de publicidad, información, ofertas o correspondencia (personales o generales) de productos y/o servicios de la Cooperativa la misma que podrá ser realizada a través de terceros; entre otros.*
4. *El titular de los datos personales tiene conocimiento que la Cooperativa, utiliza sus datos personales y sus datos sensibles, que hubieran sido proporcionados directamente a la Cooperativa; aquellos que además pudieran encontrarse en fuentes accesibles para el público o hayan sido obtenidos de terceros.*
5. *El titular de los datos personales tiene conocimiento que la Cooperativa, use, brinde y/o transfiera esta información a terceras personas, dentro o fuera del país, vinculadas o no a la Cooperativa, nacionales o extranjeras, públicas o privadas en ejercicio de la ley; también, al Gobierno, así como a entidades financieras nacionales o extranjeras, de acuerdo con las disposiciones legales del lugar de origen de estas entidades y a la Cooperativa que realice la Cooperativa en cumplimiento de ellas; asimismo, a empresas de mensajería, auditoría, seguridad, sistemas, entre otras que requieran la información en relación con las funciones de la Cooperativa; comprometiéndose a que las empresas vinculadas a ella, así como las de mensajería, auditoría, seguridad, sistemas, entre otras que requieran la información para sus funciones, estén obligadas a salvaguardarla confidencialmente;es decir, no revelarán información alguna del Socio, Titular salvo en situaciones expresamente previstas en la ley.*
6. *Quien suscribe, declara haber sido informado sobre su derecho a solicitar el acceso, actualización, recticación, oposición y cancelación de sus datos personales en cualquier momento, de conformidad con lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley N° 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo N° 003-2013-JUS).*

Por favor complete los siguientes campos:

1) Nombres y Apellidos: _____

2) DNI: _____

3) Socio [ ] Familiar con poder notarial [ ]

Firma del socio Titular

Huella Dactilar

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

A

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIóN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGEPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo _____, con DNI N° _____ y con CIP N° _____, actualmente en situación de retiro de: EP (__) FAP(__) MGP(__), perteneciente al régimen: Militar (__) Civil (__) Otros (__) con tipo de pensión: Titular (__) Sobreviviente (__), domiciliado en _____ Distrito_____ Provincia _____ Departamento _____ teléfono _____ y correo electrónico _____.

AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que han sido remitidos y registrados por la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas ***en fechas anteriores a la suscripción del presente documento***, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

☐ Crédito ☐ Aporte[1] ☐ Cuota[2] ☐ Otros[3]

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavin de Huantar	Otros (Indicar)
1							
2							
3							

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, dejo constancia que la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas , es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) NO ( ) ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los ____ de ___ 20 ____

Huella Digital

_____

(FIRMA)

Post Firma: _____

D.N.I (CE) : _____

Nota:

-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.

-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

[1] Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo estable zca.

[2] Relacionado a una prestación de salud.

[3] Cualquier otra obligación diferente a los antes señalado s y en el marco de lo establecido por ley.

El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIóN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGEPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo _____, con DNI N° _____ y con CIP N° _____, actualmente en situación de retiro de: EP (__) FAP(__) MGP(__), perteneciente al régimen: Militar (__) Civil (__) Otros (__) con tipo de pensión: Titular (__) Sobreviviente (__), domiciliado en _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____ teléfono _____ y correo electrónico _____.

AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que serán remitidos y registrados por la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

☐ Crédito ☐ Aporte[1] ☐ Cuota[2] ☐ Otros[3]

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavin de Huantar	Otros (Indicar)
1							
2							
3							

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, dejo constancia que la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas , es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) NO ( ) ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas. para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la Cooperativa de Servicios Múltiples Alas Peruanas.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los ____ de ___ 20 ____

Huella Digital

_____

(FIRMA)

Post Firma: _____

D.N.I (CE) : _____

Nota:

-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.

-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

[1] Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo estable zca.

[2] Relacionado a una prestación de salud.

[3] Cualquier otra obligación diferente a los antes señalado s y en el marco de lo establecido por ley.

El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

Jr. Pachacútec Nº 2052 Jesús María - Lima Teléfonos: 01 701-2565 / 988 440 963
www.cooperativaiescoop.pe E-mail: credito@cooperativaiescoop.pe

DECLARACION JURADA

APELLIDOS	NOMBRES	DNI

ENTIDAD BANCARIA																			
NRO. CUENTA DE AHORROS																			
NRO. CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIA (CCI)																			

Declaro bajo juramento que los datos arriba indicados corresponden a la realidad asumiendo enteramente la responsabilidad civil y/o penal por la inexactitud de la misma.

Ciudad, (Fecha) _____

FIRMA

Huella Digital

COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES ALAS PERUANAS

DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO DE PAGO

Yo, ..., idenficado(a) con DNI:....., domicilio legal ..... del Distrito.....Provincia .....Departamento .....;

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, siendo socio(a) de la **Cooperativa de Servicios Multiples Alas Peruanas**, me **COMPROMETO** a cancelar mensualmente por VENTANILLA de la cooperativa o depósito a la cuenta corriente del **Banco de Crédito BCP N5 193-0769440-0-20**, los pagos correspondientes a la cuota de socio, más lo indicado en el cronograma de pagos respecto al crédito(s) otorgado al suscrito **en caso que los descuentos remidos por PLANILLA DE SUELDOS, no sean procesados por mi Institución:**

a) FUERZA AÉREA DEL PERÚ ( )
b) EJERCITO DEL PERÚ ( )
c) MARINA DE GUERRA DEL PERÚ ( )
d) CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL ( )
e) OPREFA ( )
f) ONP ( )

En el supuesto de que el socio no cumpla con cancelar dos o más cuotas de crédito otorgado por concepto de ayuda económica autoriza a la Cooperativa para que aplique los descuentos correspondientes a sus excedentes, intereses, aportaciones, y depósitos que se encuentren en posesión de la Cooperativa, de conformidad con lo establecido en el TUO de la ley general de Cooperativas.

Las copias de los depósitos realizados en el BCP se enviarán al correo electrónico ctasctes@cooperativaiescoop.pe, con sus datos completos.

Lugar y Fecha....., ...de.....del 20.....

_____
Firma

_____
Posfirma

Huella Daclar

IMPORTANTE:

Todos los préstamos serán informados a la CENTRAL DE RIESGOS (INFOCORP)